

UNIVERSITE DE LYON
FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE - N° 149

Contribution à l'étude des
Mouvements Syncinétiques
dans la
Paralysie Faciale Périphérique.

THÈSE

POUR LE DOCTORAT DE L'UNIVERSITÉ DE LYON

SECTION de MÉDECINE

présentée et soutenue publiquement devant la Faculté de Médecine et de Pharmacie

le 14 Décembre 1922

PAR

Bojidar YOURICHITCH

né à KRAGOUYEVATS (Serbie) le 29 Janvier 1897.



LYON

Imprimerie BOSC Frères & RIOU

45, Quai Gailleton, 45

Téléphone 63-56

—
1922

CONTRIBUTION à L'ÉTUDE des MOUVEMENTS
SYNCINÉTIQUES OBSERVÉS DANS LA
PARALYSIE FACIALE PÉRIPHÉRIQUE.

UNIVERSITE DE LYON
FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE - N° 149

Contribution à l'étude des
Mouvements Syncinétiques
dans la
Paralysie Faciale Périphérique.

THÈSE

POUR LE DOCTORAT DE L'UNIVERSITÉ DE LYON

SECTION de MÉDECINE

présentée et soutenue publiquement devant la Faculté de Médecine et de Pharmacie

le 14 Décembre 1922

PAR

Bojidar YOURICHITCH

né à KRAGOUYEVATS (Serbie) le 29 Janvier 1897.



LYON

Imprimerie BOSC Frères & RIOU

45, Quai Gailleton, 45

Téléphone 63-56

1922

PERSONNEL DE LA FACULTE

Doyen honoraire
Doyen
Assesseur

M. HUGOUNENQ
MM. J. LEPINE.
ROQUE.

PROFESSEURS HONORAIRES

MM. AUGAGNEUR, CAZENEUVE, BEAUVISAGE, LACASSAGNE, TESTUT,
A. FLORENCE

PROFESSEURS

Cliniques médicales	MM. TESSIER ROQUE BARD TIXIER BERARD COMMANDEUR. ROLLET NICOLAS LEPINE (J.) WEILL POLOSSON (A.) LANNONIS ROCHET N-JOSSERAND CLUZET HUGOUNENQ MOREL X GUIART LATARJET POLICARD DOYON COLLET MOURIQUAND FAVIOT VILLARD ARLOING (F.) Etienne MARTIN COURMONT (P.) PIC MOREAU
Cliniques chirurgicales	
Clinique obstétricale et Accouchements	
Clinique ophtalmologique	
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	
Clinique neurologique et psychiatrique	
Clinique des maladies des enfants	
Clinique des maladies des femmes	
Clinique d'oto-rhino-laryngologie	
Clinique des maladies des voies urinaires	
Clinique chirurgicale, infantile et orthopédie	
Physique biologique, Radiologie et Physiothérapie	
Chimie biologique et médicale	
Chimie organique et Toxicologie	
Matière médicale et Botanique	
Parasitologie et Histoire naturelle médicale	
Anatomie	
Histologie	
Physiologie	
Pathologie interne	
Pathologie et Thérapeutiques générales	
Anatomie pathologique	
Chirurgie opératoire	
Médecine expérimentale et comparée et bactériologie	
Médecine légale	
Hygiène	
Thérapeutique	
Pharmacologie	

PROFESSEURS TITULAIRES SANS CHAIRE

Chargé d'un cours de Pathologie externe.....	VALLAS.
— — Propédeutique de gynécologie.....	CONDAMIN.
— — Chimie minérale	BARRAL.
— — Urologie	GAYET.

CHARGÉS DE COURS COMPLÉMENTAIRES

Anatomie topographique	PATEL
Botanique	BRETIN
Embryologie	GRAVIER.
Orthopédie	LAROYENNE.
Puériculture et hygiène de la première enfance.....	CHATIN.
Stomatologie	TELLIER

AGRÉGÉS

MM. NOGIER BRETIN LERICHE THEVENOT (Léon) TAVERNIER CADE GARIN	MM. SAVY FROMENT THEVENOT (L.) PIERY COTTE DUROUX	MM. HOVELACQUE TRILLAT SAKVONAT FLORENCE ROCHAIX CORDIER	MM. ROUBIER FAVRE BONNET NOEL chargé des fonctions
---	---	--	---

M. BAYLE, secrétaire

EXAMINATEURS DE LA THESE

M. J. LÉPINE, *Président*; M. CADE, *Assesseur*

MM. FROMENT et CORDIER, *Agrégés*.

La Faculté de médecine de Lyon déclare que les opinions émises dans les dissertations qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner ni approbation ni improbation.

A MON PÈRE ET A MA MÈRE

Je dédie ce travail comme faible témoignage de ma reconnaissance infinie et de profonde affection pour leur grande bonté et leur dévouement de tous les instants.

A MES FRÈRES, A MA BELLE-SŒUR

MEIS ET AMICIS

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE
MONSIEUR LE PROFESSEUR JEAN LEPINE
Doyen de la Faculté de Médecine de Lyon
Chevalier de la Légion d'honneur

Nous le prions d'agréer nos remerciements pour l'honneur qu'il nous fait de présider notre thèse.

A MONSIEUR LE PROFESSEUR AGRÉGÉ FROMENT
Médecin des Hôpitaux de Lyon
Chevalier de la Légion d'honneur

Il a inspiré le sujet de notre thèse. Nous n'oublierons jamais l'aimable accueil qu'il nous a fait, ainsi que les conseils qu'il nous a donnés au cours de ce travail. Nous le prions d'agréer ici l'expression de notre profonde gratitude.

A MES JUGES

A MES MAÎTRES DE LA FACULTÉ ET DES HÔPITAUX
DE LYON

CONTRIBUTION à L'ÉTUDE des MOUVEMENTS
SYNCINÉTIQUES OBSERVÉS DANS LA
PARALYSIE FACIALE PÉRIPHÉRIQUE.

AVANT-PROPOS

Arrivé au terme de nos études médicales, nous ne voulons pas quitter ce beau pays de France, qui nous a accueilli et généreusement secouru pendant toute la durée de nos études, sans lui dire — simplement, mais sincèrement — combien est grande notre admiration et profonde notre reconnaissance.

A M. le Professeur Jean Lépine, doyen de la Faculté de Médecine de Lyon, qui a bien voulu accepter la présidence de cette thèse.

Nous tenons à le remercier bien sincèrement du grand honneur qu'il nous fait.

A M. le Professeur Arloing, professeur de Médecine expérimentale et comparée, qui nous a accueilli dans son laboratoire et à qui nous devons les notions de bactériologie clinique et pratique; qu'il reçoive ici le témoignage de notre respectueuse sympathie.

A bien des titres, nous devons à M. le Professeur agrégé Froment une grande reconnaissance. C'est non

seulement parce qu'il a bien voulu nous inspirer le sujet de cette thèse, par ses conseils nous guider et nous faciliter autant que possible l'exécution de ce travail ; mais encore c'est dans son service que nous avons acquis, en effet, la plus importante partie de nos connaissances médicales. L'enseignement savant de cet éminent Maître et sa méthode d'examen éclairée nous ont procuré le précieux avantage de donner une base ferme à notre expérience en matière de clinique médicale.

Qu'il reçoive ici l'hommage de notre profonde admiration et le témoignage de gratitude pour la bienveillance qu'il nous a toujours manifestée.

Nous sommes très reconnaissant à M. le Docteur Gardère, médecin de l'hôpital du Perron, qui a bien voulu nous aider au cours de ce travail.

M. Durand, chirurgien des Hôpitaux de Lyon a guidé nos premiers pas en chirurgie générale et nous a reçu dans son service comme externe provisoire durant le cours de la guerre ; qu'il nous permette de lui adresser l'hommage de notre grande reconnaissance.

M. Boritch Douchan, médecin de l'hôpital civil de Kragoujevats (Serbie), a bien voulu nous recevoir dans son service pendant le séjour des vacances en Serbie ; qu'il reçoive l'expression de nos sincères remerciements.

Nous remercions aussi tous nos éminents Maîtres de la Faculté de Médecine et des Hôpitaux de Lyon, dont nous avons eu le bonheur d'être l'élève, et dont

les leçons cliniques vivantes et fertiles nous ont permis de comprendre et d'aimer encore mieux la science française faite toute de clarté et de précision.

A M. Bernheim, interne des Hôpitaux de Lyon, qui n'a jamais rien négligé pour nous être utile au cours de notre travail, de croire à notre profonde reconnaissance, ainsi que MM. Meulon, Martine et Mlle Loison.

CHAPITRE PREMIER

Etude Clinique.

Avant d'entreprendre l'étude des mouvements syncinétiques de la paralysie faciale, nous croyons utile de dire quelques mots de la symptomatologie de celle-ci en la suivant depuis son début jusqu'à l'apparition des phénomènes syncinétiques.

Symptômes de la paralysie faciale. — En présence d'une paralysie faciale périphérique, on est frappé par la déviation de la bouche et des traits du côté sain. Les plis frontaux et le sillon naso-labial sont effacés du côté paralysé. La joue est flasque ; elle se laisse distendre par l'expiration. Telle est la physionomie à l'état de repos. Dès que le malade exécute des mouvements ; lorsqu'il veut rire ou parler par exemple, le côté sain y participe seul, tandis que le côté paralysé reste inerte ou plutôt est attiré par le côté sain du côté duquel les traits du visage se dévient. L'occlusion de l'œil est impossible, par suite de la paralysie de l'orbiculaire des paupières, celles-ci lais-

sent entre elles un intervalle. Le globe oculaire s'élève en haut et en dehors, c'est le signe de Charles Bell. La paralysie du muscle de Horner entraîne l'écoulement des larmes sur la joue (*épiphora*). Le malade ne peut plus siffler ni souffler ; la prononciation de certaines lettres, notamment des labiales (b, p) est difficile ou imparfaite. La préhension des aliments avec les lèvres est fort gênée et la migration naturelle des aliments dans la bouche est également difficile ; le malade perd ce qu'il mange entre ses arcades dentaires et la joue. En général, la langue n'est pas déviée, tandis qu'elle l'est dans l'hémiplégie d'origine centrale ; quelquefois cependant, même dans la paralysie faciale périphérique, il y a une certaine déviation ; elle se fait alors tantôt d'un côté, tantôt de l'autre. Quand la déviation se fait vers le côté paralysé, on l'explique par l'inégalité d'ouverture de la bouche, qui donne une issue plus facile à la langue du côté paralysé que de l'autre.

Ces principaux symptômes de la paralysie faciale se présentent en général quand la lésion siège à la sortie du trou stylo-mastoïdien. Si la lésion siège au-dessous de l'émergence de « la corde du tympan », on constate des troubles intéressant le goût, des troubles salivaires et des troubles de l'ouïe.

Tels sont les signes cliniques caractéristiques de la paralysie faciale périphérique.

***Description des mouvements syncinétiques observés
dans la paralysie faciale périphérique.***

Les mouvements synergiques constatés dans la paralysie faciale périphérique sont des mouvements combinés qui surviennent du côté paralysé. Ces mouvements syncinétiques se produisent quand le malade exécute quelques mouvements volontaires, quand il parle, montre ses dents, ferme les yeux, fait la moue, plisse le front, etc. En voici la description :

a) *En faisant parler le malade.* — On est frappé de constater que son visage est animé de quelques mouvements associés, qui n'existaient pas au repos. Pendant qu'il parle, la fente palpébrale du côté paralysé diminue, et l'œil tend à se fermer, tandis que celui du côté sain reste ouvert. En même temps que l'œil paralysé se ferme, le sourcil s'élève, souvent on note encore parfois un mouvement d'élévation du pavillon de l'oreille du même côté, enfin le peaucier du côté paralysé se contracte aussi ; on pourrait presque dire que les malades parlent avec leur œil et avec leur peaucier paralysé.

b) *La fermeture des yeux.* — Pendant la fermeture des yeux, l'œil du côté paralysé reste entr'ouvert et l'on observe deux ordres de mouvements différents : tout d'abord le phénomène de Charles Bell, c'est-à-dire l'ascension du globe oculaire ; mais s'il s'agit là d'une syncinésie, c'est une syncinésie physiologique bien distincte de celles qui font l'objet de notre étude. En effet, chez l'homme normal et chez le malade du

côté sain, le même phénomène existe conjointement à la fermeture de la paupière, mais il est masqué par l'occlusion de celle-ci ; d'autre part, on observe d'autres syncinésies, qui, elles, n'existent pas à l'état normal, et font défaut du côté sain, c'est celles qui doivent surtout retenir notre attention.

On observe pendant l'effort d'occlusion des yeux, l'élévation du sourcil paralysé, l'ascension de la commissure labiale, la contraction du peaucier et un certain degré de déviation du menton du côté paralysé.

c) *L'acte de plisser le front en haut* (mimique de l'attention et de la surprise). — Pendant ce mouvement, on peut aussi observer la diminution de la fente palpébrale, la déviation de la commissure labiale et la saillie du peaucier du côté paralysé, il est à remarquer que parfois, tandis que tous ces muscles se mobilisent, le frontal lui-même ne se plisse pas du côté malade, il reste à peu près inerte.

d) *L'acte de froncer les sourcils en bas* (mimique de la colère). — On est frappé toujours par la constatation des mêmes mouvements du côté paralysé, mais habituellement moins marqués.

e) *L'acte de faire la moue*. — La bouche est asymétrique, la partie paralysée est plus basse et moins saillante que la partie saine, mais ce mouvement s'accompagne encore d'une diminution de la fente palpébrale, de l'ascension du sourcil avec formation de la fossette sus-sourcilière (M. Froment), de l'élévation du pavillon de l'oreille, d'une forte contraction

du peaucier, d'ascension du sein et de déviation du menton qui semble attiré du côté paralysé.

f) *L'acte de montrer les dents.* — Non seulement on est frappé par l'asymétrie de la bouche, qui est plus ouverte et qui découvre mieux les dents du côté sain, mais on note encore l'ascension du pavillon de l'oreille, un certain degré d'occlusion de l'œil, et la contraction de deux peauciers, et il convient même de remarquer que le peaucier du côté paralysé fait plus saillie que le peaucier du côté sain. C'est le phénomène décrit par M. Froment sous le nom de « *contraction paradoxale du peaucier* ».

Que se passe-t-il, en effet, à l'état normal ?

Dans l'acte de montrer les dents, dès que la bouche s'ouvre un peu largement, dès que les lèvres sont fortement écartées on voit les deux peauciers se dessiner sous la peau, mais leurs contractions sont alors symétriques. L'homme normal peut, il est vrai, réaliser une grimace, qui imite en quelques mesures l'asymétrie de la bouche d'un malade atteint d'une paralysie faciale, qui montre les dents. C'est en cette grimace que consiste un assez grand nombre de tics de la face. Les dents ne sont alors découvertes que d'un seul côté ; dans ce cas, il y a toujours contraction du peaucier, mais contraction unilatérale ; c'est du côté où les lèvres s'écartent que le peaucier se contracte. Enfin, dans l'acte de montrer les dents, l'homme normal, tout en faisant un mouvement bilatéral, écarte plus ses lèvres d'un côté que de l'autre ; c'est du côté où les dents sont les plus dégagées que le peaucier est

le plus contracté. Nous venons de voir que, dans les cas de paralysie faciale, avec syncinésies pathologiques, on constate le phénomène inverse ; c'est du côté où les lèvres s'écartent le moins que le peaucier est le plus contracté ; il y a donc bien là un phénomène paradoxal puisque l'homme normal est dans la capacité complète de le réaliser et ne peut réaliser que le phénomène inverse.

g) *L'acte de souffler.* — On note encore ici la fermeture de l'œil, l'élévation du sourcil et la contraction du peaucier du côté paralysé.

Telle est la description complète de ces mouvements associés que l'on observe parfois dans le décours de la paralysie faciale périphérique. Nous nous empressons de dire que ces mouvements associés n'existent pas au même degré chez tous les malades atteints de paralysie faciale périphérique.

Observe-t-on chez l'homme normal quelques phénomènes analogues ?

MM. Pitres et Abadie n'hésitent pas d'affirmer, voici en effet ce qu'ils décrivent : « A l'état normal, l'occlusion énergique des paupières s'accompagne de mouvements associés des muscles de la face. Ces mouvements s'observent d'un côté de la face ou de deux, suivant qu'on ferme un seul œil ou les deux.

Dans l'état spasmodique qui succède à la paralysie faciale, les phénomènes ne se passent pas autrement, mais ils empruntent à l'augmentation du tonus des muscles une facilité plus grande de se produire. »

Cette assertion est-elle exacte ? Nous ne le pensons

pas, tout au moins pour les mouvements répondant au jeu habituel de la mimique. Quand un homme normal ferme les yeux, montre les dents, plisse le front et fait la moue, seuls les muscles, qui interviennent directement dans ces actes, participent à la contraction ; c'est tout au plus, si la contraction des dits muscles entraîne certains tiraillements de la peau des régions avoisinantes. Pour que tous les muscles de la face entrent en action chez l'homme normal, il faut qu'il y ait non plus le jeu de la mimique proprement dite, mais grimace surajoutée. On peut d'ailleurs remarquer que, même alors il y a une différence essentielle entre les caractères des syncinésies ainsi réalisées et celles que l'on observe dans la paralysie de la VII^e paire. Il ne faut pas dire que les contractions observées dans la paralysie de la VII^e paire sont une exagération de celles observées à l'état normal, on pourrait dire au contraire que les syncinésies de la paralysie faciale sont habituellement plus discrètes que celles réalisées par l'homme qui grimace, de plus, ce ne sont pas exactement les mêmes. Il en est comme l'élévation du sourcil associé à la diminution de la fente palpébrale, comme le phénomène du peaucier paradoxal, pour ne citer que celle-ci qui ne s'observe qu'à l'état pathologique.

Pour répondre à la question que nous avons posée plus haut, concernant cette question du départ entre les syncinésies pathologiques et les syncinésies normales, nous avons étudié les divers jeux de la physiologie chez une cinquantaine de sujets indemnes de paralysie faciale actuelle ou ancienne. Voici quelles étaient nos constatations :

a) *Fermeture bilatérale des yeux.* — Chez nos sujets d'expériences nous n'avons trouvé aucune synkinésie ; la peau de la joue était seulement tirée en haut et en dedans, mais même lorsque l'occlusion des yeux était énergique, il n'y avait aucun mouvement de la commissure labiale, ni du peaucier et les sourcils s'abaissaient.

b) *Plissement du front en haut* (mimique de l'attention et de la surprise). — Pendant ce mouvement on n'observe que la traction en haut de la peau du nez et l'ascension des pavillons d'oreilles.

L'expression populaire « dresser les oreilles », synonyme de prêter attention, est donc exacte ; on peut faire remarquer d'ailleurs que les mouvements des oreilles s'associent beaucoup plus nettement encore chez l'animal à la mimique de l'attention et de la surprise ; on pourrait même alors dire qu'elle la résume.

c) *Froncement des sourcils en bas* (mimique de la colère). — Ce mouvement nous a paru s'accompagner habituellement d'un certain degré de rétrécissement des narines.

d) *L'acte de faire la moue.* — Nous avons constaté chez nos sujets un rétrécissement des narines encore plus marqué que dans l'acte précédent.

e) *L'acte de montrer les dents.* — Cet acte peut se faire différemment sous l'action volontaire plus ou moins énergique du visage. Quand on le fait très légèrement, on ne note pas la contraction des peauciers,

mais si on le fait un peu plus énergiquement, on note les saillies des deux peauciers et l'ascension des pavillons des oreilles ; si on exécute ce mouvement très énergiquement d'un seul côté, l'ouverture de la bouche étant asymétrique, on voit les saillies des peauciers, mais celui du côté où le mouvement est exagéré est beaucoup plus visible ; c'est qu'en effet le peaucier intervient pour tirer la lèvre inférieure.

f) *Fermeture de l'œil gauche.* — Chez douze femmes, nous en avons trouvé neuf qui ne pouvaient fermer l'œil gauche sans fermer en même temps à un certain degré l'œil droit ; les trois autres le faisaient plus ou moins bien. Chez les hommes, ce mouvement semble s'exécuter beaucoup plus facilement. Sur vingt-trois hommes, nous n'en avons trouvé que trois qui ne pouvaient y parvenir sans fermeture à un certain degré de l'œil droit. Cette plus grande facilité à fermer l'œil gauche que l'œil droit, chez l'homme, tient sans doute à l'habitude du tir. Chez les femmes qui travaillent dans les laboratoires, l'usage du microscope peut réaliser un exercice de même ordre. L'acte, en se répétant, a constitué un véritable éducateur des contractions musculaires ; il les a, pour ainsi dire, localisées en évitant ou en réduisant au minimum toutes les contractions qui n'y participent pas directement ; parfois cependant on surprend l'ébauche d'un mouvement de l'orbiculaire inférieur et sourcilier du côté opposé, le premier s'élevant légèrement, l'autre, suivant les cas, tend à s'abaisser, ou plus exceptionnellement s'élève ; chez un sujet,

nous avons pu encore noter conjointement à l'occlusion de l'œil gauche, l'ascension de l'oreille droite.

g) *Fermeture de l'œil droit.* — Nous avons trouvé à peu près les mêmes mouvements associés que ceux décrits pour l'œil gauche, mais parfois plus marqués, la fermeture isolée de cet œil étant plus inhabituelle.

La fermeture unilatérale des yeux diffère suivant les individus ; les uns le font bien d'un côté, mais de l'autre, ils le font mal ou pas du tout. Nous croyons que ce mouvement de fermeture unilatéral des yeux n'est autre chose qu'une habitude. Tous les sujets qui s'exercent peuvent arriver à l'exécuter et à réduire peu à peu l'importance des phénomènes associés qui, toutefois, existent beaucoup plus ici que dans le jeu de la mimique normale.

En somme, dans tous ces cas, les mouvements associés ne ressemblent pas à ceux qu'on observe parfois chez les malades atteints de paralysie faciale périphérique. La plupart sont plutôt des tiraillements de la peau des régions avoisinantes que des mouvements associés proprement dits ; les vrais mouvements associés normaux peuvent, par contre, s'observer pendant l'occlusion unilatérale des yeux, et encore pour que celui-ci se produise, il faut que ce mouvement soit inhabituel (sujets inexpérimentés) ou exécuté énergiquement.

On voit donc qu'on ne peut établir aucune comparaison entre les mouvements syncinétiques normaux et les mouvements syncinétiques observés dans la paralysie faciale. Les mouvements syncinétiques

n'existent pour ainsi dire pas dans le jeu de la mimique normale, ou plus exactement ils se limitent aux muscles qui interviennent directement pour réaliser ces expressions de la mimique. C'est ce que l'on observe en étudiant les diverses expressions du visage, ainsi que les mouvements habituels. Ces contractions synergiques s'observent, il est vrai, dans un certain nombre de mouvements que l'on pourrait appeler inhabituels, telles que l'occlusion d'un seul œil, ils s'observent encore dans les grimaces ; mais dans l'un comme dans l'autre cas on ne retrouve pas certaines syncinésies curieuses et vraiment paradoxales que l'on observe au contraire toujours tout au moins à un certain degré dans les cas de paralysie faciale que nous étudions. On est donc bien en droit de considérer que les syncinésies observées dans le décours de la paralysie faciale sont tout autre chose que l'exagération d'un phénomène normal. Elles ont un caractère nettement pathologique.

CHAPITRE II

OBSERVATIONS

OBSERVATION I (Inédite)

(Service de M. le Professeur Agrégé FROMENT)

B... Marie, 41 ans. Entrée dans le service de M. le Professeur Froment le 28 octobre 1921 pour une paralysie faciale périphérique droite.

Père mort à 37 ans de bacillose; mère morte à 55 ans d'aliénation mentale. Deux frères ou sœurs morts successivement à 18 mois et à 5 ans. La malade a eu dans l'enfance la rougeole, la scarlatine avec paralysie, puis la grippe en 1918. Réglée à 15 ans, règles régulières, indolores.

La paralysie faciale est survenue il y a deux mois, la nuit, au réveil l'affection était constituée. La malade se plaignait surtout de douleurs au niveau du globe oculaire.

Actuellement il s'agit d'une paralysie faciale complète sans signes de retour. Le signe de Charles Bell est nettement visible, la contraction est impossible et l'on n'observe pas de signes permettant de prévoir un hémispasme possible. L'audition de l'oreille droite est affaiblie, mais indolore. La malade ne sent pas le goût des aliments. Il n'y a pas d'hémi-atrophie linguale. Au niveau de l'œil on note de la lagophthalmie.

Le-12 janvier 1922. — On a fait à la malade 1 gr. 35 de néo, l'amélioration apparu a coïncidé avec les piqûres. A signa-

ler que la malade avait des signes cliniques nets. Les premiers phénomènes d'amélioration notés il y a un mois environ furent la diminution de l'inocclusion palpébrale.

Actuellement le phénomène de Charles Bell est toujours net. L'inocclusion est d'environ 6 m/m., la paupière n'atteint pas d'un coup ce niveau-là; elle y arrive lentement. L'œil ouvert, la fente palpébrale est plus large du côté malade, un quart en plus à peu près. Cet élargissement se fait surtout aux dépens de la paupière inférieure. On voit le blanc de l'œil à la partie inférieure de l'œil malade, on ne le voit pas du côté sain. La moue est toujours très asymétrique, mais quand la malade montre les dents, tout en les montrant asymétriquement, elle relève l'angle de sa bouche du côté paralysé. A noter, en outre, que quand la malade fronce son front ou ferme les yeux, on voit un mouvement d'élévation de l'angle de la bouche du côté paralysé. Quand la malade parle, on surprend quelques mouvements; la malade parle moins asymétriquement. Sensation de gêne moindre. Tous ces mouvements de froncement du front, le mouvement reste limité à l'angle des lèvres, rien au peucier. Elle fronce son front du côté sain. L'hyperacousie notée au début a été transitoire.

Le 14 mars 1922. — L'amélioration s'accuse sans cesse. On a constaté toujours nettement le phénomène d'élévation de la commissure labiale du côté pharalysé lors de l'occlusion de l'œil. En même temps que revient la motilité ce phénomène s'accuse et devient plus net. — On a observé il y a 15 jours d'autres phénomènes. Lors de la moue, toujours asymétrique, contraction du peucier et diminution de la fente palpébrale avec élévation du sourcil et fossette sus-sourcilière. Mêmes phénomènes quand elle montre ses dents, ce qu'elle fait plus symétriquement que la moue.

Lorsqu'elle montre ses dents ou rit, la commissure est moins élevée et moins ouverte que du côté sain. La parole est asymétrique et la malade ferme sa fente palpébrale du côté paralysé en parlant.

Pas de bruits auriculaires lors de ces différents mouvements. La malade ne remonte pas sa commissure malade sans remonter celle du côté sain.

En résumé : le mouvement synergique noté est bien un début de tendance à l'hémispasme, puisqu'il s'accuse à mesure que la malade s'améliore. — La bouche est maintenant plus élevée du côté malade que du côté sain.

Le 7 juillet 1922. — Les phénomènes qui ont été notés précédemment n'ont fait que s'accuser. Au repos, la malade n'a pas l'allure de l'hémispasme, la bouche est sensiblement horizontale, plutôt un peu abaissée au coin droit (malade) qu'élevée, la fente palpébrale plutôt légèrement plus grande que la gauche (saine). Dans la parole, la bouche est mobilisée à peu près symétriquement ou du moins la malade parle avec les deux côtés de sa bouche. Mais pendant la parole on voit des mouvements globaux de la face du côté droit ou plus exactement un ensemble de mouvements, en particulier rétrécissement de la fente palpébrale et phénomènes de contraction du peaucier. On peut dire que la malade parle avec son œil et avec son peaucier.

Tous les mouvements de la face entraînent à des degrés divers la contraction de l'ensemble du côté droit (malade).

1° Fermeture des yeux. — Mouvement de déplacement du côté ex-paralysé de la bouche avec légère élévation du coin; légère contraction du peaucier droit, accentuation du sillon naso-génien avec léger déplacement du bout du nez, fossette mentonnière, rien de net pour le sourcil (Fig. 1 et 2).

2° Elévation du sourcil. — Se fait moins haut de l'ex-côté malade que du côté sain, s'accompagne d'un déplacement de la bouche comme ci-dessus d'une petite ascension de la paupière inférieure. Par instant, mais à un degré moindre d'une légère contraction du peaucier. Le mouvement de translation de la lèvre entraîne aussi le menton sans donner de fossette bien nette.



Fig. 1. — Etat normal.



Fig. 2. — Syncinésies observées pendant la fermeture des yeux.

3° *La moue* est asymétrique, l'ex-partie malade plus basse et moins saillante que l'autre. Elle s'accompagne d'une contraction très nette du peaucier, d'une diminution de la fente palpébrale, d'une translation du sourcil vers la racine du nez (Fig. 3).



Fig. 3. — Syncinésies pendant que la malade fait la moue.

4° *Montrer les dents*. — Asymétrie, la bouche du côté sain est tirée plus haut, mais par contre le peaucier ou bien ne se contracte que du côté malade, ou bien y est plus saillant que du côté sain. Le sillon naso-génien est plus marqué du côté malade, la diminution de la fente palpébrale est considérable, et pendant que l'œil se ferme, le sourcil s'élève, fossette sus-sourcilière. Petite ascension verticale de l'oreille qui n'existe pas du côté sain.

5° *Le froncement du sourcil* ne donne pas grand chose comme mouvements synergiques.

Au repos, le sourcil malade est un peu plus bas que le sourcil du côté sain.

6° *Dans l'acte d'avaler sa salive, elle a une petite contraction du peaucier et de l'orbiculaire de la paupière droite.*

7° *Dans l'acte de boire au verre, on saisit aussi ces deux phénomènes à l'état léger.*

8° *Chaque mouvement énergique de mastication s'accompagne d'un mouvement de fermeture de la paupière et de contraction du peaucier.*

9° *Pour l'acte de siffler, mêmes particularités que pour la moue.*

10° *Pour l'acte de souffler, l'occlusion de l'œil est encore plus complète et l'œil est presque complètement masqué, la contraction du peaucier aussi très nette.*

La malade signale que de temps en temps quand elle parle et même en plein repos elle a une sensation de crispation de la paupière malade « comme si elle voulait rentrer. »

La malade n'a pas été traitée par l'électricité.

OBSERVATION II (Inédite)

(Service de M. le Professeur Agrégé FROMENT)

B..., 40 ans, hémispasme facial périphérique gauche avec mouvements synergiques consécutifs à une fracture de la base du crâne, fêlure partie du pariétal gauche, au-dessus et un peu en avant de l'oreille. Il a eu une paralysie faciale périphérique gauche complète de cinq mois. Il vient dans le service du Professeur Froment pour sa paralysie faciale.

A l'examen, nous avons trouvé les synergies suivantes :

1° Pendant qu'il parle, on est frappé de constater une ébauche de la contraction du peaucier, une trémulation du muscle orbiculaire et parfois un léger rétrécissement de la fente palpébrale, tous ces phénomènes du côté paralysé.

2° Quand il ferme les yeux, on constate une ascension de la commissure labiale gauche.

3° Quand il plisse son front en haut, on est frappé par le fait que le front se plisse moins bien du côté paralysé que du côté sain, on voit une ébauche de contraction du peaucier gauche.

4° Quand il montre ses dents, on constate un « *peaucier paradoxal* », ce qui veut dire, que le peaucier du côté paralysé est plus saillant-que celui du côté sain.

5° Quand il fait la moue, on constate la diminution de la fente palpébrale, la synergie paradoxale des sourcils et la saillie du peaucier du côté paralysé.

OBSERVATION III (Inédite)

(Service de M. le Professeur Agrégé FROMENT)

M..., 43 ans, blessé le 9 juin 1918 dans la région temporale gauche, tout à fait au-dessous de l'oreille. A ce moment, il avait une paralysie faciale gauche, sa bouche était déviée à droite. Le malade est venu au mois de septembre à la visite chez M. le Professeur Froment.

A l'examen. — Au repos on note une déviation de la commissure labiale à droite; effacement complet des rides frontales et du sillon naso-génien gauche. De temps en temps, on est frappé par des petites secousses du muscle triangulaire des lèvres, et clignotement de la paupière inférieure du côté gauche.

1° *Quand il parle*, son œil du côté paralysé tend à se fermer, le peaucier se contracte, et on note du même côté l'ascension de la commissure labiale.

2° *Pendant la fermeture bilatérale des yeux*, on note que l'œil du côté paralysé reste entr'ouvert, tandis que celui du côté sain se ferme; du côté paralysé on voit l'ascension du globe oculaire, de la commissure labiale et celle du pavillon de l'oreille; on note encore du même côté la saillie du peaucier.

3° *Le plissement du front en haut* est accompagné de l'élévation de la commissure labiale et par une contraction forte du peaucier du côté gauche.

4° *Pendant le froncement des sourcils en bas*, on est frappé de constater que son nez est dévié vers le côté sain, en même temps il élève sa commissure labiale gauche, et contracte son peaucier du même côté.

5° *Quand il fait la moue*, sa bouche est asymétrique, plus saillante du côté sain que du côté paralysé. On voit l'ascension du sourcil, du pavillon de l'oreille, la contraction du peaucier et la diminution de la fente palpébrale, tout cela du côté gauche.

6° *L'acte de montrer les dents* nous montre que la bouche du malade est asymétrique; il est accompagné par une contraction des peauciers de deux côtés, mais celle-ci est plus prononcée à gauche.

OBSERVATION IV (Inédite)

(Service de M. le Docteur GARDÈRE, au Perron)

G..., 40 ans. Epilepsie survenue à 18 ans. Hérédité nerveuse. Paralysie faciale périphérique droite ayant donné un hémispasme facial. Existence de mouvements syncinétiques de la face. Surdité complète de l'oreille droite.

Pas d'antécédents héréditaires. Pas d'affection nerveuse, ni d'épilepsie chez les ascendants ni les collatéraux. Rougeole dans l'enfance.

Début à 18 ans des premières crises d'épilepsie, crise typique sans aura, survenant en moyenne 3 ou 4 fois par mois. Vertiges rares, pas d'autres équivalents.

En plus, on constate chez ce malade une paralysie faciale périphérique droite avec hémispasme facial datant d'une dizaine d'années et qui se traduit par les signes suivants :

A l'examen : On est frappé par une déviation de la com-

missure labiale vers le côté paralysé, les plis frontaux sont effacés à droite, de même le sillon naso-génien droit; le sourcil du côté paralysé est moins élevé que celui du côté sain; la commissure labiale droite est un peu abaissée; la fente palpébrale du côté paralysé est plus petite que celle du côté gauche; le signe de Charles Bell est nettement visible. La langue est légèrement déviée à droite. Le malade présente une certaine gêne de la parole par moment; il a de la peine à prononcer certains mots; il ne peut pas siffler; il rit à peu près depuis ces dernières années.

Il y a une trentaine d'années, le malade a pris une crise au moment où il réparait une fenêtre; il est tombé du troisième étage; il ne s'est rien cassé en tombant, mais il resta 2 à 3 jours sans connaissance; il n'avait pas été paralysé des membres à la suite de l'accident; il ne peut pas spécifier si la paralysie faciale est antérieure ou postérieure à l'accident. Pendant l'interrogatoire le malade présente un tic facial consistant en une contraction simultanée des muscles des deux paupières; il dit qu'il a ce tic depuis très longtemps. Rien à signaler dans les autres organes. Wassermann négatif.

Un examen plus complet du malade nous a permis de constater chez lui un ensemble de mouvements synergiques, comme les ont décrits MM. Babinski, Meige, Lamy, Debové et Mlle Lévy.

a) En faisant parler le malade. — On constate que la fente palpébrale du côté paralysé (droite) diminue et que l'œil tend à se fermer, tandis que celui du côté gauche reste ouvert. En même temps que l'œil droit tend à se fermer, le sourcil du même côté s'élève, rien d'analogue du côté sain. On note l'ascension de la commissure labiale droite et celle du pavillon de l'oreille. Le peaucier droit se contracte, rien du côté non paralysé. Le malade parle avec son œil et avec son peaucier paralysé.

b) La fermeture des yeux. — L'œil gauche seul reste fermé, le droit reste légèrement entr'ouvert. On note l'ascension du globe oculaire de l'œil paralysé (signe de Charles Bell). Pendant ce mouvement, le sourcil gauche s'abaisse, le droit

s'élève, c'est la synergie paradoxale de Babinski. L'élévation du sourcil droit s'accompagne d'ascension de la commissure labiale droite, de la contraction du peucier et de la déviation du menton vers le côté paralysé. Il est impossible de voir la fossette mentonnière chez notre malade, parce qu'il porte la barbe.

c) *Le plissement du front en haut.* — Les plis frontaux sont complètement effacés du côté paralysé. Pendant ce mouvement on remarque la diminution de la fente palpébrale, déviation de la commissure labiale et saillie du peucier du côté paralysé.

d) *Le froncement des sourcils en bas.* — On est frappé toujours par les mêmes mouvements du côté paralysé : de déviation de la commissure labiale, de mouvement d'ascension du pavillon de l'oreille et de la saillie du peucier.

e) *L'acte de faire la moue.* — La bouche est asymétrique, la partie paralysée est plus basse et moins saillante que la partie saine. Ce mouvement s'accompagne d'une diminution de la fente palpébrale, de l'ascension du sourcilier et du pavillon de l'oreille, de contraction forte du peucier, de déviation du menton et de la fossette sus-sourcilière du côté paralysé. En déshabillant le malade jusqu'à la ceinture, nous avons été frappé par un signe qui mérite d'être mentionné; au moment où le malade fait la moue, en plus des autres synkinésies mentionnées plus haut, nous avons constaté que le sein du côté paralysé s'élève, tandis que celui du côté sain reste stationnaire; ce signe peut s'expliquer par le tiraillement du peucier malade pendant cet acte (fig. 4 et 5).

f) *L'acte de montrer les dents.* — Asymétrie de la bouche, qui est plus ouverte à gauche, s'accompagnant d'ascension du pavillon de l'oreille et de contraction du peucier paralysé (fig. 6).

g) *L'acte de souffler.* — On note la diminution de la fente palpébrale droite, l'élévation du sourcil et la contraction du peucier du côté paralysé.

h) *L'acte de fumer.* — La cigarette est mal tenue dans la bouche du côté paralysé; pendant qu'il fume, on voit le

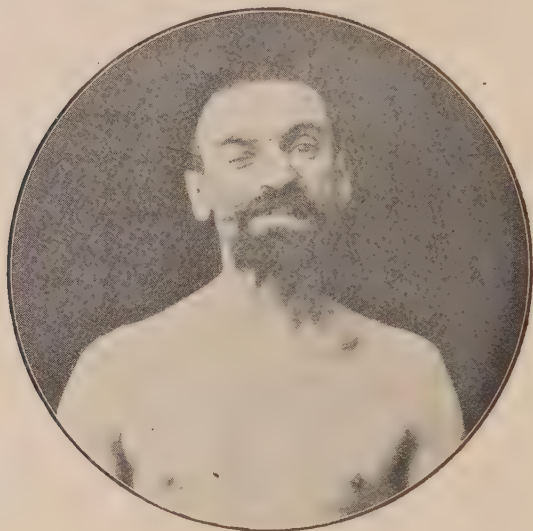


Fig. 4. — Etat normal du visage.



Fig. 5. — Syncinésies observées pendant que le malade fait la moue (signe du sein).

peaucier droit se contracter, le gauche ne se contracte pas du tout.



*Fig. 6. - Syncinésies associées à l'acte de montrer les dents.
(Peaucier paradoxal).*

i) L'acte de la mastication. — Le malade ne mâche sa nourriture qu'avec son côté sain (gauche). Pendant qu'il mâche, on voit la diminution de la fente palpébrale droite, l'ascension du sourcilier et la contraction du peaucier du même côté. Rien d'analogue du côté sain.

j) L'acte de boire. — On note la saillie du peaucier droit.

k) L'acte de rire. — Le malade ne rit qu'avec son côté sain.

OBSERVATION V (inédite)

(Service de M. le docteur GARDÈRE, au Perron)

D... Antoine, 44 ans. Epilepsie survenue à 12 ans. Hémorragie méningée en 1921. Paralysie faciale périphérique droite survenue, il y a deux ans à la suite d'une crise d'épilepsie.

A l'examen, on note que la bouche du malade est déviée à droite, c'est-à-dire du côté paralysé, les plis frontaux sont effacés à droite. Signe de Charles Bell très net. Le sourcil droit un peu plus élevé que le gauche. Le sillon naso-labial est effacé du côté paralysé. La commissure labiale droite est un peu plus élevée que celle du côté gauche. Légère déviation de la langue à droite. Le malade ne peut pas siffler, la parole est difficile. On note chez lui quelques synergies qui sont moins prononcées que chez nos malades précédents.

1° *Quand il parle*, on constate chez lui un léger clignotement de l'œil droit, diminution de la fente palpébrale droite, une ébauche de la saillie du peucier, presque insignifiante à droite, et l'ascension légère du sourcilier droit.

2° *Pendant la fermeture bilatérale des yeux*, on note le signe de Ch. Bell, l'élévation du pavillon de l'oreille droite et de la commissure labiale, la saillie du peucier droit. Déviation du menton à droite.

3° *Le froncement du front en haut* ne se fait que du côté sain, il n'y a pas de contraction du peucier paralysé.

4° *Le froncement des sourcils en bas* est très difficile chez lui, il le fait en fermant l'œil gauche, il ne le fait pas du tout du côté paralysé. Comme mouvement synergique, on note seulement l'ascension de la commissure labiale du côté paralysé.

5° *La moue* est asymétrique; la bouche est plus saillante à gauche. Pendant qu'il fait la moue, on constate l'ascension du sourcil et la contraction nette du peucier, la diminution de la fente palpébrale et l'ascension du pavillon de l'oreille, du côté paralysé.

6° *Lacte de montrer les dents* est asymétrique; la bouche

est plus ouverte à gauche. Cet acte est accompagné de l'ascension du sourcil droit, de la diminution de la fente palpébrale du même côté; le peaucier est saillant du côté paralysé; rien du côté sain.

OBSERVATION VI (Résumée)

(DEBOVE, in *Société médicale des Hôpit. de Paris*, mars 1891)
Des mouvements associés dans la paralysie faciale.

Un homme âgé de 45 ans, atteint d'une paralysie faciale droite à la suite d'un traumatisme (coup de pied de cheval), présente depuis une dizaine d'années certains mouvements associés, tels que :

1° Le malade ferme les yeux lorsqu'il parle, ou lorsqu'il rit, ou lorsqu'il exécute des mouvements énergiques avec les lèvres. Cependant, quoiqu'il ne puisse, depuis dix ans, parler sans fermer les yeux, il peut lire à haute voix.

2° La mastication provoque seulement un très léger clignement .

3° Les mouvements énergiques des paupières provoquent également une contraction des muscles des lèvres, plus marquée du côté de la paralysie, mais qui peut être constatée du côté opposé.

OBSERVATION VII (Résumé)

(Mlle LÉVY, in *Soc. médic. des Hôpitaux de Paris*, 1918)

Malade âgé de 29 ans, a eu, à l'âge de 12 ans, une paralysie faciale droite, d'origine inconnue.

Actuellement, il présente tous les signes d'une contracture faciale consécutive à une paralysie, sans troubles des réactions électriques, ce qui est banal, mais on observe en outre chez lui : tandis que la contraction volontaire du peaucier se fait plutôt moins bien à droite qu'à gauche, une partici-

pation très marquée de ce même peaucier droit au mouvement d'occlusion de la paupière du même côté, le peaucier gauche reste indifférent dans le mouvement symétrique.

OBSERVATION VIII (Résumé)

(ROBERTRENDU, in *Lyon Médical*, Août 1920)

Mouvements associés de l'oreille et des paupières, dans la paralysie du VII^e paire, guérie.

Homme atteint d'une paralysie faciale gauche en 1916, à la suite d'une blessure de la face par éclat d'obus.

Actuellement, le malade présente deux phénomènes assez curieux.

1° Le premier consiste dans une sudation localisée à la tempe gauche, se produisant à l'occasion de la mastication.

2° Le second est constitué par un mouvement d'ascension du pavillon de l'oreille gauche, synchrone du clignement palpébral. Il suffit de faire exécuter au malade des mouvements successifs des deux orbiculaires des paupières pour voir, à chaque clignement, le pavillon attiré en haut par la contraction du muscle auriculaire supérieur, le pavillon droit restant immobile. Ce mouvement est apparu au moment où la paralysie faciale a commencé à rétrocéder.

OBSERVATION IX (Résumé)

BABINSKI, in *Revue neurologique*, 1905)

Hémispasme facial périphérique.

Hémispasme de la face du côté gauche, caractérisé par l'existence de contractions musculaires d'abord limitées, puis généralisées à tout le côté malade.

a) Ces contractions consistent en des secousses brusques, de très courte durée, se succédant rapidement les unes aux

autres, et aboutissant enfin à un état spasmodique qui persiste plusieurs secondes. Ces mouvements anormaux procèdent par crises, plus ou moins répétées, pouvant se suivre sans interruption, en donnant lieu ainsi à une sorte d'état de mal.

b) La volonté est impuissante à modifier ces crises; la fatigue générale, les mouvements volontaires des muscles de la face les accentuent, l'électrisation énergétique du nerf facial semble les atténuer.

c) Ces contractions sont rigoureusement unilatérales.

d) Elles sont, au début de la crise, parcellaires ou fasciculaires.

e) Elles sont déformantes; on observe, par exemple une déformation du nez dont la pointe se porte du côté malade et dont le bord antérieur forme une courbure à concavité tournée du même côté; on note également l'existence d'une fossette irrégulière qui apparaît au menton du côté malade (fossette mentonnière).

f) Ces contractions s'associent les unes aux autres d'une manière contradictoire. On voit, par exemple, le muscle peaucier se contracter en même temps que la commissure labiale se porte en haut et en arrière, ou encore, on observe une association de ce dernier mouvement à un mouvement du pavillon de l'oreille en haut et en arrière; mais l'association la plus singulière est la suivante : en même temps que le muscle orbiculaire de l'œil se contracte et que l'œil se ferme, la partie interne du muscle frontal se contracte et la peau de cette région se porte de bas en haut; c'est là une variété de *synergie* que l'on peut qualifier de *paradoxe*.

OBSERVATION X. (Résumé)

PITRES et ABADIE

(in *Nouvelle iconographie de la Salpêtrière*, 1905)

Hémispasme syncinétique de la face.

Marie L..., 40 ans. Paralyse faciale gauche à frigore, traitée

électriquement pendant sept mois. Au bout de ce temps, apparition d'un état spasmodique du côté paralysé. Examen de la face :

1° *Reliquat de paralysie faciale gauche.*

2° *Hémispasme facial gauche* permanent, se traduisant par l'élévation du sourcil, la saillie de la pommette, l'incurvation du nez, la déviation de la bouche et du menton, la présence de fossettes mentonnières unilatérales.

3° *Mouvements associés dans l'hémiface gauche* se traduisent lors des mouvements volontaires de la façon suivante :

a) Acte de plisser le front entraîne dans l'hémiface gauche la fermeture de l'œil, le relèvement de la commissure labiale gauche, l'incurvation du nez, le relèvement de la joue en masse, une profondeur plus grande des fossettes mentonnières et la contraction du peaucier lui-même dont les fibres se dessinent nettement sous la peau du cou.

b) Occlusion de l'œil gauche s'accompagne de la contraction de l'hémiface gauche tout entier, y compris le peaucier.

c) Actes de siffler, souffler, faire la moue, mêmes mouvements associés que précédemment et, de plus, la fermeture presque complète de l'œil gauche.

d) Acte de rire. — L'hémiface gauche se contracte fortement, le sourcil s'élève, l'œil se ferme, la joue est remontée, le menton attiré en haut et en arrière, les fossettes mentonnières se creusent, le peaucier devient très apparent.

e) Ouverture forcée de la bouche s'accompagne encore de l'entrée en action de tous les muscles du côté gauche de la face, l'œil se ferme presque en entier.

La malade ne peut maintenir un objet entre ses lèvres du côté gauche, des efforts qu'elle fait entraînent encore la contraction de la plupart des muscles du côté gauche de la face. A noter encore que le peaucier se contracte bien des deux côtés, mais que la contraction du peaucier gauche est beaucoup plus apparente dans les mouvements associés que dans l'exploration directe de la motilité de ce muscle.

4° *Secousses musculaires dans l'hémiface gauche.*

Contractions brèves, fibrillaires ou fasciculaires, involontai-

res, siégeant dans presque tous les muscles de cette hémiface y compris le peaucier.

Ces contractions sont synergiques des mouvements du clignement physiologique involontaire des paupières.

Toute excitation périphérique, toute impulsion psychique, tout mouvement de la face qui entraîne le clignement palpébral, provoque, par cela même, leur apparition.

L'arrêt du clignement fait disparaître complètement ces secousses pendant toute sa durée.

OBSERVATION XI (Résumé)

.. CRUCHET (in *Revue nuerologique*, 1905)

Hémispasme facial périphérique post-paralytique.

Jeanne D..., 11 ans, entrée à l'hôpital le 15 décembre 1904. Rien de notable dans les antécédents héréditaires et personnels.

A l'âge de 7 ans, paralysie faciale gauche à frigore, traitée par des séances d'électrisation. Un an plus tard, apparition de petits mouvements d'élévation brusque, clonique de la commissure labiale gauche. Depuis cette époque, les secousses de la face se sont accentuées.

Etat actuel (15 décembre 1904). — Examen des différents appareils négatifs.

1° *Au repos.* — La paralysie faciale ancienne ne se traduit plus que par ce fait que l'œil gauche est un peu moins ouvert que le droit. On constate de petites secousses, brusques, dans le côté gauche du visage, qui se caractérisent par la demi-occlusion de l'œil, en même temps que s'élève la commissure labiale gauche et que le menton présente une petite fossette.

2° *Dans divers mouvements volontaires.*

a) Occlusion légère des paupières. Cet acte entraîne instantanément une élévation légère de la commissure labiale gauche; la contraction musculaire s'étend jusqu'au menton, toujours à gauche, où l'on note une petite fossette à un centimètre environ de la symphyse mentonnière.

b) Occlusion plus forte des paupières, exagère les phénomènes précédents.

c) Occlusion d'un œil seulement, s'accompagne à gauche d'un mouvement marqué d'élévation de la commissure et d'une fossette mentonnière, alors que du côté droit la fermeture de l'œil ne détermine qu'un léger mouvement d'élévation de la commissure.

d) Mouvement du nez. — L'acte de renifler s'accompagne d'une diminution de la fente palpébrale gauche (ce qui n'a pas lieu à droite).

e) Mouvements divers. — Si l'on dit à l'enfant de faire la moue, de siffler, de souffler, de gonfler les joues, etc., on constate que ces différents actes s'effectuent normalement, mais, d'une manière générale, ils entraînent une occlusion de l'œil plus marquée du côté gauche que du côté droit .

OBSERVATION XII (Résumé)

LAMY H. (in *Société de neurologie de Paris*, 1905)

A propos de la « contraction synergique paradoxale »
dans la paralysie faciale périphérique.

Malade âgé d'une soixantaine d'années, qui présente ce phénomène d'une façon très nette du côté droit, sa paralysie remonte à l'enfance.

1° Au repos, la paralysie ne semble pas avoir laissé de traces autres qu'un léger abaissement de la commissure droite.

2° Dans les mouvements volontaires d'élévation du front, d'écartement des commissures labiales, apparaît nettement la paralysie du muscle frontal, d'une part, des zygomatiques et des releveurs de la lèvre à droite, d'autre part.

3° L'occlusion des yeux se fait parfaitement des deux côtés; mais en même temps, voici qu'entrent en contraction le frontal et les releveurs de la lèvre qui ne se contractaient point volontairement tout à l'heure.

OBSERVATION XIII (Résumé)

LAMY H. (in *Société de Neurologie de Paris*, 1905)

Hémispasme clonique facial.

Homme d'une quarantaine d'années, qui a été atteint de paralysie faciale périphérique gauche étant au régiment. Il avait la figure déviée et, pendant près de six mois, il dormit l'œil gauche entr'ouvert.

Cette paralysie est guérie aujourd'hui. On remarque seulement, quand on dit au malade de relever la lèvre supérieure comme pour montrer les dents, que la commissure labiale gauche s'élève moins que la droite.

Ce sujet présente le phénomène de la « synergie associée paradoxale ». C'est à l'occasion de la contraction de l'orbiculaire des paupières, de l'occlusion énergique des yeux, que ce phénomène se montre : on voit alors les zygomatiques et les releveurs de la lèvre à gauche s'associer à la contraction ainsi que le peaucier du même côté.

Quant à l'hémispasme, il affecte chez lui une forme différente de celle que présentaient les malades de M. Babinski. Il s'agit ici non des contractions « parcellaires, déformantes », mais des secousses musculaires, brusques, en éclair, à intervalles espacés, intéressant la totalité des muscles, en un mot des spasmes cloniques qui rappellent tout à fait les contractions cloniques de l'épilepsie partielle.

OBSERVATION XIV (Résumé)

LIPSCHITZ (in *Monatschrift und Neurologie*, 1906)

Mme M..., 40 ans, atteinte en 1903 d'une paralysie faciale gauche, d'origine à frigori.

A l'examen : la fente palpébrale gauche plus petite que la droite. Le front et sourcils sont symétriques. Le sillon naso-labial gauche est à peine accusé à comparaison avec le droit. Le menton et le peaucier montrent à peine des signes de la contracture.

Pendant l'abaissement de la paupière gauche, on voit apparaître un mouvement d'éclair dans les muscles, l'élévateur de la lèvre supérieure, l'orbiculaire des lèvres et des muscles du menton du côté gauche. Peaucier et frontal interviennent très peu.

Le froncement du front est symétrique, mais on voit un léger mouvement du muscle zygomatique du côté gauche.

La fermeture forcée de la paupière gauche est un peu parétique; on voit apparaître des mouvements nets du zygomatique, de l'orbiculaire de la lèvre et des muscles du menton, des mouvements peu accusés du frontal et du peaucier gauche.

Quand la malade parle, fait la moue, siffle et rit, il y a toujours diminution de la fente palpébrale gauche.

OBSERVATION XV (Résumé)

.. LIPSCHITZ (in *Monatsschrift und Neurologie*, 1906)

L..., 50 ans, présentait une paralysie faciale droite, il y a six ans, d'origine inconnue.

Si on dit au malade de froncer le front, on voit apparaître de légers mouvements des muscles du menton du côté paralysé. Quand le malade serre ses lèvres, on voit apparaître des mouvements du sourcilier, peaucier, orbiculaire de paupière et des muscles de l'oreille du côté paralysé.

Quand le malade montre les dents, on voit la contraction des muscles, l'orbiculaire, frontal et du peaucier. Si on dit au malade d'abaisser la lèvre inférieure, la fente palpébrale droite diminue.

OBSERVATION XVI (Résumé)

DESTELLE (*Thèse de Bordeaux*, 1905)

C'est un homme de 24 ans, chez qui on a fait une anastomose spino-faciale.

Actuellement : Mouvements volontaires nuls, mais l'élévation du moignon de l'épaule détermine des mouvements très actifs dans toute la partie de la face, l'œil se ferme presque complètement, la commissure buccale est attirée en haut et en dehors.

OBSERVATION XVII (Résumé)

BOUCHARD, de Lille (in *Revue neurologique*, 1911)

Traumatisme du nerf facial. Paralyse flasque des muscles du front, avec conservation des réactions électriques, parésie, légère contracture et mouvements spasmodiques des autres muscles.

A..., 43 ans, présente une paralysie faciale gauche, survenue à la suite d'une chute sur la tête d'une hauteur de 4 mètres.

Actuellement : la paralysie faciale gauche est nette; elle est du type périphérique et s'accompagne de quelques mouvements synergiques.

Quand il fait un effort pour fermer l'œil, on voit le signe de Charles Bell se produire; en même temps, les muscles de la partie inférieure de la face du côté gauche se contractent et, parfois, la bouche s'ouvre largement en prenant une forme ovalaire, à grosse extrémité du côté droit. Réciproquement, s'il ouvre fortement la bouche, l'œil gauche tend à se fermer, tandis que l'œil droit reste ouvert et la bouche prend encore la forme que nous venons d'indiquer.

Les muscles de la partie inférieure de la face sont légèrement contracturés; il en résulte que les traits sont un peu déviés du côté paralysé.

Des contractions musculaires spontanées apparaissent par moment dans les muscles de la partie inférieure de la face. Elles font défaut au front, aux paupières, à la région moyenne de la face, à l'aile du nez, à l'oreille; elles sont surtout manifestes au niveau du menton, près de la ligne médiane, la fossette décrite par Babinski.

CHAPITRE III

Mécanisme et Signification.

A quel mécanisme répondent les mouvements synchronétiques que nous venons de décrire ? Il existe à cet égard des opinions divergentes.

Debove les attribue à l'effort considérable que doit faire le malade au moment où réapparaît la contractilité volontaire pour produire le moindre mouvement de la lèvre ou de la paupière. C'est à l'intensité de cet effort qu'il attribue le fait que la contraction, au lieu de se limiter à quelques muscles, se diffuse.

De même, Pitres et Abadie admettent que les contractions observées dans la paralysie faciale ne sont que l'accentuation des phénomènes observés à l'état normal : « A l'état normal l'occlusion énergique des paupières s'accompagne de mouvements associés des muscles de la face. Ces mouvements s'observent d'un côté de la face ou des deux, suivant qu'on ferme un seul œil ou les deux.

« Dans l'état spasmodique qui succède à la paralysie faciale, les phénomènes ne se passent pas autrement,

mais ils empruntent à l'augmentation du tonus des muscles une facilité plus grande de se produire. »

En regard de cette manière de voir, il faut placer l'opinion de ceux qui, avec Hitzig, attribuent ces mouvements à un état anormal de l'excitabilité du nerf facial ou de ses noyaux bulbaires.

A laquelle de ces deux théories convient-il de se ranger ?

Nous avons essayé de montrer que les jeux de la mimique normale ne déterminaient aucun mouvement analogue aux mouvements syncinétiques de la paralysie faciale. Il semble donc impossible d'adopter la première opinion que nous venons d'indiquer.

Et d'ailleurs, il convient de faire remarquer que les mouvements syncinétiques coïncident souvent avec l'hémispasme facial post-paralytique — et qu'il existe entre ces deux phénomènes plus d'un trait commun. C'est ainsi que la synergie paradoxale (élévation de la paupière, coïncidant avec la fermeture de l'œil, se retrouve tout à la fois dans l'hémispasme et dans les mouvements syncinétiques de la paralysie faciale. Il y a donc tout lieu d'admettre que l'apparition des mouvements syncinétiques décèle une récupération anormale de la motilité et doit faire penser que la paralysie faciale s'achemine vers l'hémispasme post-paralytique.

Un certain nombre d'auteurs ont, il est vrai, affirmé que ces mouvements pouvaient disparaître lorsque le retour de la motilité était plus complet, mais en parcourant les observations publiées nous n'avons rien vu de tel. Dans l'observation de M. Froment (obs. I),

bien au contraire, les mouvements syncinétiques se sont accusés au fur et à mesure que s'accroît le retour de la motilité et que s'ébauche l'hémispasme post-paralytique. L'ancienneté de la paralysie faciale dans l'observation IV de M. le Docteur Gardère, elle remonte à dix ans, et l'intensité des mouvements syncinétiques plaide dans le même sens.

Tout se passe comme si, dans un certain nombre de cas le facial récupérant sa motilité avait perdu la possibilité d'agir électivement sur tel ou tel muscle et ne pouvait que déterminer une contraction plus ou moins globale des muscles de la face.

Et c'est peut-être ainsi que s'explique certains paroxysmes observés dans l'hémispasme facial post-paralytique, puisque Pitres et Abadie ont montré qu'ils étaient pour ainsi dire rythmés par le clignement des yeux.

Cette récupération anormale de la motilité paraît constante dans les cas où pour remédier à une section du nerf facial, on fait une suture du facial et l'hypoglosse ou du facial et spinal ; dans ces cas, le malade est en incapacité de commander isolément à l'un des muscles de la face ; il ne peut que provoquer une contraction d'ensemble des muscles de la face qui, suivant les cas, s'associent à des mouvements de la langue et de l'épaule.

Les mêmes récupérations anormales peuvent s'observer à la suite des différentes lésions du facial ; elles constituent d'ailleurs un fait assez particulier. Dans les diverses autres paralysies périphériques, on ne voit guère de faits analogues. C'est tout au plus si

dans un certain nombre de paralysies du médian on a pu constater que la possibilité de fléchir isolément le pouce et l'index avait été perdue. En pareil cas, il paraît s'agir d'ailleurs bien plus d'une étape de retour de la motilité que d'un état définitif.

Il n'est guère possible de se rendre compte à quoi tient cette attitude singulière du facial à réaliser l'hémispasme ou les mouvements syncinétiques anormaux.

Aucune explication vraiment satisfaisante n'en n'a été donnée à notre connaissance.

En terminant, nous voulons simplement insister sur les faits suivants et qui se dégage nettement de l'étude des observations : dans la phase de récupération motrice, il convient de guetter l'apparition des moindres mouvements syncinétiques anormaux. Leur constatation permet d'affirmer que la paralysie faciale considérée, ne présentera pas une restauration normale, mais qu'elle s'achemine vers l'hémispasme.

CONCLUSIONS

1° On observe, dans le décours de certaines paralysies faciales périphériques l'apparition de mouvements syncinétiques dans l'hémi-face paralysé : tels que des mouvements d'occlusion des paupières associés aux mouvements de la bouche ; la contraction du peaucier et l'élévation de la commissure labiale associées à l'occlusion des yeux.

2° Ces mouvements syncinétiques diffèrent des syncinésies normales. Il est inexact de dire qu'elles n'en sont que l'exagération. La synergie paradoxale, consistant dans l'élévation du sourcil associé au mouvement de l'occlusion de la paupière, la contraction paradoxale du peaucier, qui, dans l'acte de montrer les dents, est plus marquée du côté où les dents sont le moins découvertes, sont des syncinésies que l'on n'observe pas dans le jeu de la mimique, ni dans les grimaces de l'homme normal. Ces syncinésies ont donc un caractère nettement pathologique.

3° Les syncinésies de la paralysie faciale périphérique peuvent apparaître au moment où se manifestent les premiers signes de retour de la motilité, mais elles s'observent souvent dans les anciennes paralysies faciales périphériques compliquées d'hémi-

spasme ; on y retrouve d'ailleurs des déformations qui caractérisent les hémispasmes post-paralytiques, tel que la synergie paradoxale, la fossette mentonnière et la fossette sus-sourcilière.

Une fois installées, ces syncinésies ne paraissent guère susceptibles de rétrocéder, tout au contraire, elles s'accusent au fur et à mesure que la paralysie évolue vers la spasticité.

4° La constatation d'apparition des mouvements syncinétiques pendant la phase de restauration de motilité est un indice certain d'une restauration motrice défectueuse.

Lorsqu'un sujet, atteint de paralysie faciale périphérique présente des mouvements syncinétiques mêmes légers, de caractères paradoxaux, on doit le considérer comme un candidat à l'hémispasme. Cet hémispasme pourra s'accuser plus ou moins, mais, dès que les mouvements syncinétiques ont apparus, on peut considérer que cet hémispasme existe déjà à l'état d'ébauche.

LE PRÉSIDENT DE LA THÈSE
Jean LÉPINE.

Vu :
LE DOYEN,
Jean LÉPINE.

Vu et permis d'imprimer :
Lyon, le 24 Novembre 1922.

LE RECTEUR, PRÉSIDENT DU CONSEIL DE L'UNIVERSITÉ,
J. CAVALIER.

BIBLIOGRAPHIE

- ABUNDO (G.). — Syncinesies réflexes de l'orbiculaire des paupières dans la contracture par névrite périphérique du facial (in *Analyse de Revue neurologique*, 1917, p. 189).
- BABINSKI. — L'hémispasme facial périphérique (in *Nouvelle Iconographie de la Salpêtrière*, 1905, p. 419).
— (in *Société de Neurologie de Paris*, 1905, p. 443).
- BERNHARD. — Maladies des nerfs périphériques (in *Specielle pathologie und therapie*, Nothangel, t. XI).
- BOUCHARD (de Lille). — Traumatisme du nerf facial gauche (in *Revue Neurologique*, 1911, p. 4).
- BRISSAUD. — Tics et spasmes cloniques de la face (*Leçons sur les maladies nerveuses*, 1893-1894, p. 503).
- COLLET. — *Précis de Pathologie interne*, édition 1921.
- CRUCHET. — Hémispasme facial périphérique post-paralytique (in *Revue neurologique*, 1905, p. 985).
- DEBOVE. — De mouvements associés dans la paralysie faciale (in *Société médic. des Hôpitaux de Paris*, mars 1891, p. 119).
- DECHAMBRE. — *Dictionnaire*.
- DEJERINE. — *Séméiologie des maladies nerveuses*.

DESTELLE. — Traitement chirurgical des paralysies faciales par l'anastomose avec le nerf spinal ou le nerf grand hypoglosse (*Thèse de Paris*, 1905).

DOYON et MORAT. — *Traité de Physiologie*.

DUCHENNE (de Boulogne). — *Mécanisme de la physionomie humaine* (1862).

— *De l'électrisation localisée*, 1855, p. 373.

DUFOUR. — *Séméiologie des maladies du système nerveux*, 1907, p. 213.

DUPNUY-DUTEMPS et CESTON (Paris). — Un phénomène palpebral constant dans la paralysie du VII^e paire périphérique (*Revue neurologique*, 1903, p. 851).

FAU. — *Anatomie artistique du corps humain*.

FERRIEUX (L.). — De la valeur symptomatique de la paralysie faciale périphérique dans le cancer de la parotide (*Thèse de Lyon*, 1920).

FROMENT. — La Paralysie faciale (in *Nouveau Traité de Médecine*, fascicule xx, sous presse).

— Paralysie des nerfs moteurs (in *Traité de Pathologie médicale et de thérapeutique appliquée*, t. II).

FROMENT et BERNHEIM. — Des mouvements syncinétiques de la paralysie faciale (*Bulletins et Mémoires de la Société médicale des Hôpitaux de Paris*, sous presse).

GILBERT BALLEZ. — Tic non douloureux de la face, datant de 37 ans, guéri par une paralysie faciale (in *Société de Neurologie de Paris*, 1901, p. 645).

GRASSET. — *Maladies du système nerveux*.

GRISONI (J.-A.). — Signe de Charles Bell dans la paralysie faciale périphérique (in *Thèse de Paris*, 1914).

LAMY (H.). — A propos de la contraction synergique paradoxale dans la paralysie faciale périphérique (in *Société de Neurologie de Paris*, 1905, p. 548).

- Hémispasme clonique facial chez l'homme et chez le chien (in *Société de Neurologie de Paris*, 1905, p 754).
- LANNOIS et PARAT. — Hémispasme de la face (in *Lyon Médical*, février 1904).
- LATAILLADE (Ed.). — Blépharospasme, Hémispasme facial et leur traitement (in *Thèse de Paris*, 1911).
- LAVATER. — *L'art de connaître les hommes par la physionomie*, t. I à IX. Paris, 1806).
- LÉVY (Mlle). — Paralysie faciale périphérique avec participation du peaucier (in *Soc. Méd. des Hôp. de Paris*, février 1918, p. 177).
- LIPSCHITZ (Rond.). — Beitrage zur Lehre von der Facialislahmung nebst Bemerkungen zur frage der Nervenregeneration (in *Monatschrift und Neurologies*, 1906, p. 84).
- MEIGE (H.). — *Traité de Médecine*. Bouchard-Brissaut, t. X, p. 691.
- Le spasme facial, ses caractères cliniques distinctifs (in *Revue neurologique*, octobre 1903, p. 985).
- Spasme facial franc (in *Soe. de Neurologie de Paris*, 1902, p. 365).
- MEIGE et E. FEINDEL. — Tic ou spasme de la face (in *Revue neurologique*, 1898, p. 126).
- MOURIER-ANDRÉ. — L'hémispasme facial vrai non douloureux (*Thèse de Lyon*, 1903).
- NIMIER. — Note sur quelques manifestations symptomatiques de la paralysie faciale périphérique (in *Revue de Médecine*, 1912, p. 945).
- OPENHEIM. — Zur diagnostic der Facialishahmung (in *Berliner Klinischen Wochensch.*, octobre 1894).
- PITRES et J. ABADIE. — Hémispasme syncinétique de la face (in *Nouvelle Iconographie de la Salpêtrière*, 1913, p. 365).

RICHET (Paul). — *Nouvelle anatomie artistique*, t. II, 1920.

RICHET. — *Dictionnaire de physiologie* (Lettre F).

ROBERTRENDU. — Mouvements associés de l'oreille et des paupières dans la paralysie faciale (in *Société des Sciences méd. e Lyon*, août 1920, p. 669).

SANZ FERNANDEZ. — Mouvements synergiques volontaires et réflexes dans la paralysie faciale périphérique (in *Analyse de Revue neurologique*, 1917, p. 105).

TALPAIN (Louis). — Contribution à l'étude des paralysies faciales d'origine nucléaire (*Thèse de Lyon*, 1910).

THOMAS et RIEDER. — L'hémispasme facial périphérique avec parésie faciale (in *Revue neurologique*, 1907, p. 746).

VINCENT. — Les spasmes de la face (in *Thèse de Lille*, 1906).
